

может пожилому человеку бороться с недугами, активизируя защитные силы организма, избавляя его от неприятных ощущений, снижая боли в суставах, нервно-психическое напряжение. Активизировать эти защитные силы помогут гимнастика, массаж, дыхательные упражнения, психологическая медитация, релаксация и др.

Такие цели и задачи ставит клуб «Помоги себе сам». Занятия проводятся по принципу оздоровительных утренних процедур, с показом и апробацией приемов по преодолению бессонницы (аромат цветка ко сну, массаж биологически активных точек, снотворная гимнастика); снижению артериального давления, снятию мигрени. В социальной работе важным направлением стала пропаганда здорового образа жизни, чтобы физические и духовные возможности человека развивались гармонично. Занятия в клубе «Физическое совершенство» удерживают основные физические качества и двигательные навыки пациентов в пределах функциональных норм. Для обеспечения этих задач разработаны соответствующие коррекционно-оздоровительные программы.

Для внедрения этих программ и реабилитационно-адаптивных мероприятий привлекаются финансовые средства частных лиц, предприятий и организаций. Приглашаются коллективы театров, детских садов, клубов, музыкальных школ и т. п. По данным врача психотерапевта, такие мероприятия для пожилых людей имеют большое значение, улучшая качество их жизни.

Н.С. Сажина (Екатеринбург)

Теоретические концепции посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий

Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве сложились окончательно к 1980-м гг., однако информация о воздействии травматических переживаний фиксировалась на протяжении столетий. Во время первой мировой войны Ф.Мотт и Э.Соусард (1919) вели обширную документацию неврологических и психологических последствий военной травмы. Они опубликовали описание последствий пережитого солдатами военного стресса, которые выражались в навязчивом воспроизведении угрожающих жизни ситуаций, а также в повышенной раздражительности, преувеличенной реакции на громкие звуки, трудностях с концентрацией внимания и др. Позднее К.Майерс подчеркивал сходство между военными неврозами и истерией и считал эмоциональный фактор истощающим в объяснении происхождения военного невроза.

Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе второй мировой войны. Это явление у разных авторов получило разные названия: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз». В 1941 г. в одном из первых систематизированных исследований А.Кардинер назвал это явление хроническим военным неврозом. Отталкиваясь от идей З.Фрейда, он ввел понятие «центральный физионевроз», который, по его мнению, служит причиной нарушения ряда личностных функций, обеспечивающих успешную адаптацию к окружающему миру. А.Кардинер считал, что военный невроз имеет как физиологическую, так и психологическую природу. Им впервые было дано комплексное описание симптоматики центрального физионевроза: 1) возбудимость и раздражительность, 2) безудержный тип реагирования на внезап-

ные раздражители. 3) фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, 4) уход от реальности. 5) предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям.

В монографии «Человек в условиях стресса» Р.Гринкер и Д.Шпигель (1945) перечислили симптомы, совокупность которых авторы обозначали как «военный невроз». От него страдали так называемые «возвращенцы» – солдаты, побывавшие в плену. К этим симптомам относились: повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабление памяти, гиперактивность симпатической системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность.

Позднее Г.Арчибальд с сотрудниками (1962) провели исследование, в котором сравнивались две группы ветеранов второй мировой войны: группа, состоявшую из 57 ветеранов с диагнозом «хроническая военная усталость», и группа из 24 ветеранов, не участвовавших в боях. Выраженность психопатологии у первой группы была значительно выше, чем у второй [3].

В середине 1970-х гг. американское общество вплотную столкнулось с проблемами, порожденными дезадаптивным поведением ветеранов войны во Вьетнаме. Так, примерно у 25% воевавших во Вьетнаме американских солдат опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности под действием психической травмы. К началу 1990-х гг., по данным статистики, около 100 тыс. ветеранов войны во Вьетнаме совершили самоубийство. Около 40 тыс. чел. ведут замкнутый образ жизни и почти не общаются с внешним миром. Отмечены также высокий уровень актов насилия, неблагоприятие в сфере семейных отношений и социальных контактов.

Современная концепция ПТСР сложилась окончательно к 1980-м гг., когда после анализа наблюдений и исследований ветеранов войны во Вьетнаме посттравматическое стрессовое расстройство (post-traumatic stress disorder) было включено в классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией. До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. В 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней – основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию.

Остановимся на некоторых теоретических концепциях травматического стресса. Согласно *психодинамическому* подходу, травма приводит к нарушению процесса символизации. Freud рассматривал травматический невроз как нарциссический конфликт. Он вводит понятие стимульного барьера. Вследствие интенсивного или длительного воздействия барьер разрушается, либидозная энергия смещается на самого субъекта. Фиксация на травме – это попытка ее контроля. В современной классической психодинамической модели (Grubrich, Simitis) в качестве следствий травматизации рассматриваются: регресс на оральную стадию развития, смещение либидо с объекта на "Я", ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация "Я", идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования "Сверх-Я", деструктивные изменения "Я" идеального. Считается, что травма – это механизм, актуализирующий детские конфликты. Данная модель не объясняет всю симптоматику посттравматического реагирования, например, постоянное отыгрывание травмы. Кроме того, в опыте любого человека можно найти детскую травму, что не является,

однако, предопределяющим в развитии малоадаптивного ответа на стресс. Кроме того, классическая психоаналитическая терапия для лечения данного расстройства неэффективна.

В рамках *когнитивной модели*, травматические события – это потенциально разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологические реакции на стресс – это малоадаптивные ответы преодоления на инвалидизацию этих базовых представлений. Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и составляют Я-теорию (Epstein). В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-теории. Хотя коллапс Я-теории – это малоадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы. Малоадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнева, ухода, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина малоадаптивного преодоления травмы в негибкости, некорректируемости когнитивных схем. Данная модель представляется наиболее полно объясняющей этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, так как учитывает и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

Информационная модель, разработанная Horowitz, является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей. Стресс вызывает массив внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перезагрузка, Необработанная информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется в активной форме. В соответствие с принципом избегания боли человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но в соответствии с тенденцией к завершению временами травматичная информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, также как и психологический, включен в эти последовательности. Феномен развития такого рода реагирования – это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивание ее в когнитивные схемы индивида. Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего трудно учитываемы индивидуальные различия посттравматического реагирования [1].

Таким образом, рассмотрение приведенных выше моделей, приводит к выводу, что каждая из них имеет ограничения, что необходимо учитывать при дальнейшей разработке проблемы. Лечение ПТСР – процесс длительный, и он может продолжаться несколько лет. В настоящее время не существует устойчивейшей точки зрения на результат лечения. Одни исследователи считают, что ПТСР – излечимое расстройство, другие – что его симптомы полностью неустранимы.

ПТСР обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности. В лечении ПТСР можно выделить психотерапевтический, психофармакологический и реабилитационный периоды [2]. Психотерапия включает методы, ориентированные на релаксацию, отреагирование эмоционального переживания, дистанцирование от травматического события, формирования ощущения поддержки, восстановление ощущения ценности собственной личности и возможности гармоничного существования в реальном мире, повышение собственных возможностей. Психофар-

макологическая терапия имеет самостоятельное значение и облегчает проведение психотерапии и способствует успеху реабилитационных мероприятий. Реабилитационные мероприятия предполагают наличие социальной поддержки со стороны близких и родных людей, восстановление прежнего социального статуса (или его сохранение, если он был нарушен). Соблюдение этих принципов способствует переоценке травматического опыта и успешной интеграции участников вооруженных конфликтов в социум.

Главным же звеном этой системы могут быть госпитали для ветеранов войн, имеющие не только необходимую материально-техническую базу, но и подготовленный к такой работе персонал. Подобного рода центры могут стать базой для формирования организационно-методических служб, оказания специализированной высокотехнологичной квалифицированной помощи ветеранам. В этих учреждениях создаются (где их еще нет) и отделения медико-психологической реабилитации, причем помощь там получают не только сами участники боевых действий, но и члены их семей.

Библиографический список

1. Клиническая психиатрия / Под ред. Т.Б.Дмитриевой М., 1998.
2. Клиническая психология в социальной работе / Под ред. Б.А.Маршихина М., 2002.
3. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений // Психологический журнал. 1992. Т. 13. № 2.

Г.Г. Саитгалиева (Уфа)

Республиканская служба социально-психологической реабилитации участников локальных вооруженных конфликтов и боевых действий

Шагом на пути создания республиканской системы реабилитационной службы в 2000 г. в Республике Башкортостан стало проведение установочного исследования Республиканским центром социально-психологической помощи семье, детям, молодежи. По его результатам была разработана республиканская программа реабилитации участников локальных вооруженных конфликтов и боевых действий. Республиканская служба социально-психологической реабилитации участников локальных вооруженных конфликтов и боевых действий была образована по решению Госкомитета Республики Башкортостан по молодежной политике в 2000 г., который был объявлен в Республике Башкортостан Годом молодежи.

Деятельность службы осуществляется на основе Конституций Российской Федерации и Республики Башкортостан, иных нормативных актов Российской Федерации и Республики Башкортостан о социальной защите, Указа Президента Республики Башкортостан “О социальной защите военнослужащих, участвовавших в вооруженном конфликте в Чеченской Республике”, Устава службы, а также надо сказать о Федеральном законе “О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон “О ветеранах”, который вступил в силу 1 января 2004 г.

Существует сеть из десяти региональных центров социально-психологической реабилитации лиц, отслуживших в “горячих точках”, в городах Агидель, Баймак, Белебей, Благовещенск, Дюртюли, Мелеуз, Салават и